

基本食品补助申请书 Basic Food Application



如果您在阅读或填写本申请表格时需要帮助，可请本部协助。

如何申请福利？

- 请填妥此申请表格的第2页至第4页。您今天即可开始申请；请提供您的姓名、地址，以及您的签名或您的授权代表之签名。
- 可采用亲自递交、传真或邮寄方式将此申请书提交给您当地的社区服务处(CSO)或者为您提供协助的外展服务承办人。请留下第1页和第2页，供您保存。
- 如果您及早向我们提交填妥的申请表格以及本部请您提供的其它资料，您有可能获得更多的福利或者更快获得福利。我们也可能向联邦与州府官员提供此情况。

最快需要多少时间可以获得食品补助？

如果您亟需食品补助福利，请填妥第3页上问题1至问题14栏的内容，并将此表格交给您当地的社区服务处。

如果您可出示身份证明并符合下列条件之一，本部可在7天之内就您是否有资格领取食品补助做出决定：

- 本月内，您家的总收入额低于\$150，而且流动资产低于\$100。
- 您家的收入或财产资源少于您每月的房租及水电煤气与电话费用。
- 您家中有一位贫困的流动农工与农业季节工。

在确定您符合资格后，当日即可颁发福利。食品补助福利通常在我们收到您申请书的当天开始。

公民权利

本机构遵守联邦法律和农业部(USDA)以及美国卫生与公共服务部(HHS)的政策，禁止以种族、肤色、原国籍、性别、年龄或身体残障为由，而对任何人进行歧视。根据食品券法案以及美国农业部的政策，还禁止以宗教或政治信念为由，而对任何人进行歧视。如需对歧视行为提出投诉，请联系美国农业部或美国卫生与公共服务部。请致函美国农业部，地址是：USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410；也可以打电话联系，电话号码是(202) 720-5964（语音应答电话及TDD专线）。请致函美国卫生与公共服务部，地址是：HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201；也可以打电话联系，电话号码是(202) 619-0403（语音应答电话），或(202) 619-3257（TTY专线）。美国农业部和美国卫生与公共服务部均为提供平等机会的雇主。

隐私权与食品补助

2008年通过的食品与营养法案之修订案允许本部收集我们在申请表格中要求提供的各项情况，其中包括每一位家庭成员的社会安全号码。提供所要求的情况纯属自愿。然而，若不提供社会安全号码或社会安全号码的申请凭证，而且无正当理由，则会导致我们拒绝批准每一位不提供社会安全号码者的基本食品补助福利。我们利用计算机核对程序（包括联邦收入与资格核实系统(IVES)）来核实此类情况。

我们利用此类情况：

- 决定谁有资格参加本部的计划。
- 征收食品补助金溢付款项。
- 管理本部的计划。
- 确保本部遵循法律。

我们将此类情况提交给：

- 联邦与州府机构，供官方使用。
- 执法机构，藉以追捕逃避法律制裁之逃犯。
- 私人征款机构，用以征收食品补助金溢付款项。

食品补助计划处罚警告

我们将食品补助福利申请人的情况提交给其它联邦机构，藉以核实有关情况是否正确。若有任何不实情况，该申请人将不能获得食品补助。若某人明知情况不实但仍提供该虚假信息，则会受到刑事起诉。对蓄意违反食品补助规则之行为规定有各种不同的处罚办法，包括取消计划资格、罚款或监禁等。

基本食品补助申请书

Basic Food Application



如果您在填写此表格时需要帮助，请勾选此方框。

1. 名字 中间名缩写 姓	申请人或其授权代表之签名 (必填内容)	2. 个案当事人身份识别号码 (若知道则请填写)
3. 您家所在的街道名称及门牌号码 城市 州 邮政编码	4. 住宅/首选电话号码	
5. 邮件地址 (若与住址不同, 则需填写) 城市 州 邮政编码	6. 其它电话号码	
7. 电子邮件地址		

8. 根据您的预计, 本月您的家庭收入将是多少? \$ _____

9. 您家的现金与存款金额是多少? \$ _____

10. 您家的房租或房屋贷款支出是多少? \$ _____

11. 您家中有几人需要您为其购买食品 and 提供饭食? \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

12. 我需要一次电话面谈。 请打电话与我联系, 电话号码是: _____

13. 我需要口译员服务。 我讲 _____ 或 使用手势语;
请将寄给本人的信件翻译成: _____

14. 请列出您家中的每一位成员, 即使您不为其申请补助也需列明 (请视需要加页填写):

姓名 (名, 中间名, 姓)	性别 男或 女	此人与您的关系?	出生日期	若您想为此人申请福利待遇, 请勾选方框	非申请人可自愿填写此栏			
					社会安全号码	若是美国公民, 请勾选方框	种族 (请参阅以下范例)	部落名称 (适用于美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民)
		我本人		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

15. 本人的族裔背景是西班牙裔或拉美裔: 是 否
种族与族裔背景情况属于自愿提供的情况。 对于食品补助福利申请, 如果您未提供任何情况, 美国农业部(USDA)则要求我们代您回答。 **种族类别示例:** 白人、黑人或非洲裔美国人、亚裔、夏威夷原住民、太平洋群岛居民、美国印第安人、阿拉斯加本土居民, 或者任何其他混血族裔。

I. 一般情况

- 在最近 30 天内, 我曾经从其它州、部落或其它来源获得食品补助。
 是 否
- 我本人或我家中某一成员为受资助的外籍人士。 是 否 该人是: _____
- 本人或本人为其申请福利者在犯重罪后潜逃以图逃避法庭审判或被监禁。 是 否
- 本人居住在: 自己的住宅或出租公寓 合租家庭 其它: _____
 机构设施 (请列明类别): _____ 入住日期: _____



II. 工资收入 请随附凭证

1. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者的就业已经于最近 60 天内停止：

是 否

2. 本人、本人的配偶或本人为其申请福利者有工资收入： 是 否

若是如此，请填写此栏内容：

此工资收入者是何人	雇主姓名或名称以及电话号码
-----------	---------------

工资的总金额（扣税前的金额，以美元计算）
 \$ _____ 每小时 每周一次 每两周一次 每月两次 每月一次

此工资收入者是何人	雇主姓名或名称以及电话号码
-----------	---------------

工资的总金额（扣税前的金额，以美元计算）
 \$ _____ 每小时 每周一次 每两周一次 每月两次 每月一次

III. 其它收入（适用于所有家庭成员）请随附凭证

	此工资收入者是何人？	每月总金额	此工资收入者是何人？	每月总金额
社会安全保险金		\$		\$
安全收入津贴计划(SSSI)		\$		\$
退休金或养老金		\$		\$
退伍军人行政管理局(VA)或军人福利金		\$		\$
铁路工人福利金		\$		\$
其它：信托基金、劳工与工商保险金、利息、租金、年金等		\$		\$

IV. 每月开支

房租 \$	房屋抵押贷款 \$	场所租金 \$	共管式独立产权私人公寓管理费 \$
屋主保险费 \$	房地产税 \$	房地产估值费 \$	其它费用 \$

其他人或机构（例如补贴住房服务机构等）协助我支付上述全部或部分费用。 是 否 若是如此，请问是何人或机构： _____

哪些开支： _____ 由其他人或机构支付的金额： \$ _____

本人、本人的配偶或我家中某位成员支付或应该支付下列费用（请勾选所有适用方框）：

<input type="checkbox"/> 托儿服务或依亲成人之照看服务（包括交通费用）	每月支付金额： \$	支付人：
<input type="checkbox"/> 残障人士或 60 岁以上者的医疗费用账单（包括交通费用及健康保险费）	每月支付金额： \$	支付人：
<input type="checkbox"/> 儿童赡养费	每月支付金额： \$	支付人：

如果您不报告上列任何一项费用开支，我们将据此认为您的家庭已声明您不希望减除此项费用开支。

VI. 获授权的代表

获授权的代表系指经您允许而与 DSHS 讨论您福利资格事宜之人士。您可以指派某人为获授权的代表，但并不要求您必须这样做。

- 您是否有一位获授权的代表？ 是 否
此人是否为您的法定监护人？ 是 否
此人是否有委托代理权？ 是 否

姓名	与您的关系	电话号码	
街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码
邮件地址（若与住址不同，则需填写）	城市	州	邮政编码

声明与签名

申请人或其授权代表必须签名。

本人明白，我必须：

- 提供正确的情况，并遵循情况报告要求。
- 提供证实本人符合资格的证明文件。

如果本人不遵守上述规定，我将得不到福利或者须偿还为我支付的款项。

本人明白，如果我蓄意编造虚假陈述或者不报告明知本应报告的情况，则会受到刑事起诉。

本人授权DSHS在必要情况下与其他人员或机构联系，以便代我获取证明本人符合资格的凭证。

本人已经阅读或已由他人向我说明本人的有关权利和责任，并收到一份个案当事人权利与责任书，DSHS 14-113。本人特此证实或声明，据我所知，我在此申请表格中所提供的情况（包括涉及申请福利之家庭成员的公民身份和外籍人士身份有关情况）属实且正确。若有不实之词，愿受华盛顿州法律规定的伪证罪处罚。

申请人签名	日期	申请人姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称
其他成年申请人签名	日期	申请人姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称
协助填写者或代表签名	日期	申请人姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称
见证人之签名（若以“X”代签则须见证人签名）	日期	申请人姓名（请工整填写）	签名时所在的城市与州名称